

شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۳

محسن جانقربانی^۱، سیف اله بخشی^{۲*}

^۱گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^۲دانشجو، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه

علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۹۴/۶/۱

چکیده:

زمینه و هدف: خودکشی جوانان، یکی از تأسف برانگیزترین رخدادها است. افکار خودکشی به عنوان افکار خود گزارش دهی درباره‌ی خودکشی، در دامنه‌ای از یک میل مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه‌ی کامل خودکشی تعریف می‌شود. یکی از مهمترین روش های پیشگیری از خودکشی، شناسایی افرادی است که دارای افکار خودکشی هستند. هدف این مطالعه تعیین شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۳-۹۴ می باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی، ۱۰۰۰ دانشجوی رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به روش تصادفی- طبقه بندی در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ انتخاب شدند. با استفاده از پرسشنامه Inter-cultural و SF36 شیوع افکار خودکشی و عوامل مرتبط با آن تعیین و داده‌ها با استفاده از آزمون های آماری کای دو، t مستقل و رگرسیون لجستیک تحلیل شد.

یافته‌ها: در دانشجویان شیوع مادام العمر، یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی به ترتیب ۲۹/۷٪، ۱۵٪ و ۶/۲٪ بود. بین سن، جنس، وضعیت تأهل، محل سکونت، میزان اعتقادات مذهبی، سلامت عمومی، گرایش نسبت به پدیده خودکشی، توجه پذیری افکار خودکشی و داشتن افکار خودکشی، ارتباط معنی داری مشاهده گردید ($P < 0.05$). افکار خودکشی در مردان بیش از زنان و در دانشجویان متأهل بیشتر از دانشجویان مجرد بود و با افزایش اعتقادات مذهبی کاهش می یافت.

نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد افکار خودکشی در بین دانشجویان از شیوع بالایی برخوردار است. با توجه به این که فکر خودکشی می تواند زمینه ساز اقدام به خودکشی باشد، بنابراین می توان با ارائه خدمات بهینه بهداشت روانی و غربالگری منظم و دوره ای دانشجویان از نظر افکار خودکشی و اختلالات روانی گام های مؤثری را در راستای پیشگیری از این معضل اجتماعی در بین دانشجویان برداشت.

واژه های کلیدی: افکار خودکشی، رفتار، نگرش، دانشجو، شیوع.

مقدمه:

خود گزارش دهی درباره‌ی خودکشی، در دامنه‌ای از یک میل مبهم با نفوذ برای مردن تا نقشه‌ی کامل خودکشی تعریف می‌شود (۳).

سازمان جهانی بهداشت برآورد نموده است که در سال ۲۰۲۰ میلادی، شاهد ۱/۵۳۰/۰۰۰ مورد مرگ ناشی از خودکشی باشیم (۴). در ایران میزان

خودکشی برای فرد، خانواده و جامعه مصیبت بار است (۱) و خودکشی جوانان دانشجو، یکی از تأسف بارترین رخدادهایی باشد که می بایست توجه تمامی دست اندر کاران را به حل مشکلاتی که زندگی آنان را تا بدین حد غیر قابل تحمل می کند، برانگیزد (۲). افکار خودکشی به عنوان افکار

بروز خودکشی ۶/۲ در صد هزار نفر است که گرچه نسبت به کشورهای غربی پایین تر است، ولی بالاتر از سایر کشورهای خاورمیانه است (۷-۵). در مطالعه یاسمی و همکاران دانشجویان (پس از زنان خانه دار) از لحاظ اقدام به خودکشی در رتبه ی دوم قرار دارند (۸).

عوامل روانی، از جمله عوامل خطر خودکشی دانشجویان می باشند (۹) و متأسفانه در سال های اخیر مشکلات عاطفی، روانی و اجتماعی در میان دانشجویان روند صعودی نگران کننده ای داشته است (۱۰). یکی از مهمترین روش های پیشگیری از خودکشی، شناسایی افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی است. مطالعه های متعددی نشان داده اند که افرادی که دارای افکار خودکشی هستند، در معرض خطر بالایی برای اقدام به خودکشی می باشند (۱۱، ۱۲). در این پژوهش شیوع افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بررسی گردید تا با شناسایی دانشجویان در معرض خطر نسبت به اتخاذ تدابیر لازم در راستای پیشگیری از این معضل اجتماعی در میان دانشجویان اقدام شود.

روش بررسی:

در این مطالعه مقطعی، تمام دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، PhD و دکترای حرفه ای مشغول به تحصیل جامعه مورد مطالعه را تشکیل می دادند. بر اساس آمار آموزش دانشگاه در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ تعداد ۷۰۷۸ دانشجو در ۹ دانشکده پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، بهداشت، توانبخشی، مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، فناوری های نوین پزشکی، پرستاری و مامایی و تغذیه مشغول به تحصیل بودند. از این دانشجویان تعداد ۱۰۰۰ دانشجو به روش تصادفی طبقه بندی شده متناسب با حجم در چند مرحله انتخاب شدند. بدین صورت که

متناسب با تعداد دانشجویان هر دانشکده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی دانشجویان انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از فرمول حجم نمونه کوکران و با توجه به برآورد شیوع افکار خودکشی طی مطالعات قبلی ۱۰٪ و با فاصله اطمینان ۹۵٪ محاسبه گردید (۱۳).

روش جمع آوری اطلاعات در این مطالعه به این صورت بود که ابتدا از معاونت آموزش دانشگاه لیست کلیه دانشجویان دانشگاه به همراه شماره تماس آنان دریافت گردید و سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی و متناسب با حجم دانشجویان هر دانشکده تعداد ۱۰۰۰ نفر از دانشجویان به شکل تصادفی طبقه بندی شده متناسب با حجم انتخاب گردیدند. پس از آن با دانشجویان تماس گرفته می شد و پس از تشریح اهمیت موضوع مطالعه، از آنها جهت همکاری در مطالعه دعوت به عمل می آمد. پس از کسب رضایت دانشجوی، پرسشگر در مکان مناسب پرسشنامه را به دانشجو جهت تکمیل آن ارائه می نمود. در صورتی که دانشجویی در مطالعه شرکت نمی نمود مجدداً به شکل تصادفی دانشجوی دیگری جایگزین وی می گردید.

ابزار جمع آوری اطلاعات دو عدد پرسشنامه می باشد: ۱- پرسشنامه Inter-cultural: که پرسشنامه اصلی این طرح بوده و از آن به عنوان ابزار مطالعه استفاده شده است. این پرسشنامه شامل بخش های سنجش شیوع افکار خودکشی، شیوع اقدام به خودکشی، سنجش سلامت روان، بررسی نگرش افراد نسبت به خودکشی و همچنین متغیرهای دموگرافیک و میزان اعتقادات مذهبی می باشد (۱۹-۱۴). ۲- پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36= Health Survey): در این مطالعه کیفیت زندگی افراد با این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. منتظری و همکاران طی مطالعه ای به ترجمه و تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد بین المللی SF-36 به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی پرداختند (۲۰). تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که به جز مقیاس نشاط ($\alpha=0/65$) سایر مقیاس های گونه

شناسایی پیشگویی کننده های افکار خودکشی استفاده شد. برای تحلیل آماری اطلاعات از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها:

از بین ۱۰۰۰ دانشجویی که برای نمونه گیری انتخاب شده بودند ۶۰۲ نفر (۶۰/۲٪) زن و ۳۹۷ نفر (۳۹/۷٪) مرد بوده اند. میانگین سن دانشجویان $22/42 \pm 3/92$ سال و با فاصله اطمینان ۹۵٪ (۲۲/۱۷ و ۲۲/۶۶)، کمترین سن دانشجویان ۱۸ سال و بیشترین آن‌ها ۴۴ سال می باشد (جدول شماره ۱).

فارسی SF-36 از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹ برخوردارند. آزمون روایی همگرایی نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴ به دست آمد (دامنه تغییرات ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی ابزار استاندارد SF-36، به منظور اندازه گیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی از پایایی و روایی لازم برخوردار است (۲۱،۲۰).

میزان شیوع افکار خودکشی در گروه های مختلف با آزمون مجذور کای و تی مستقل مقایسه گردید و از رگرسیون لجستیک چند متغیره برای

جدول شماره ۱: برخی از ویژگی های دموگرافیک دانشجویان شرکت کننده در مطالعه بر حسب جنس

متغیر	مرد تعداد (%)	زن تعداد (%)	تفاوت (۹۵٪ فاصله اطمینان)	
			مرد	زن
سن (سال)	۱۸-۲۶	۳۶۰ (۹۱/۴)	۵۰۶ (۸۵/۹)	۵/۵ (۹/۴، ۱/۵)*
	۲۷-۳۵	۲۸ (۷/۱)	۷۲ (۱۲/۲)	۵/۱ (-۱/۵، -۸/۸)**
	۳۶-۴۴	۶ (۱/۵)	۱۱ (۱/۹)	۰/۳ (-۱/۹۷، -۱/۲۹)
وضع تأهل	مجرد	۳۵۶ (۸۹/۹)	۴۸۳ (۸۰/۲)	۹/۷ (۵/۳، ۱۴)**
	متاهل	۴۰ (۱۰/۱)	۱۱۹ (۱۹/۸)	۹/۷ (-۵/۳، -۱۴)**
	خوابگاه	۲۳۱ (۵۸/۵)	۲۴۴ (۴۰/۶)	۱۷/۹ (۱۱/۶، ۲۴/۱)**
محل سکونت	با خانواده	۱۴۳ (۳۶/۲)	۳۵۳ (۵۸/۷)	۲۲/۵ (-۲۸/۷، -۱۶/۴)**
	خانه مجردی	۲۱ (۵/۳)	۴ (۰/۷)	۴/۷ (۲/۳، ۷)*
مادر	در قید حیات	۳۹۳ (۹۹)	۵۹۲ (۹۸/۳)	۰/۷ (-۰/۷۶، ۲/۱)
	فوت کرده	۴ (۱)	۱۰ (۱/۷)	۰/۷ (-۲/۱، -۰/۷۷)
پدر	در قید حیات	۳۶۷ (۹۲/۴)	۵۶۳ (۹۳/۵)	۱/۱ (-۴/۳، ۲/۱۸)
	فوت کرده	۳۰ (۷/۶)	۳۹ (۶/۵)	۱/۱ (-۲/۱۸، ۴/۳)
وضع ازدواج والدین	زندگی باهم	۳۵۷ (۹۰/۴)	۵۴۸ (۹۱)	۰/۷ (-۴/۴، ۳/۱)
	طلاق	۴ (۱)	۶ (۱)	۰/۲ (-۱/۲۵، ۱/۲۸)
	سایر موارد	۳۴ (۸/۶)	۴۸ (۸)	۰/۶ (-۲/۹، ۴/۲)

* $P < 0/05$ ؛ ** $P < 0/001$.

با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک نیز رابطه بین جنس و شیوع یک ساله و شیوع لحظه ای افکار خودکشی معنی دار شد و در مردان شیوع یکساله افکار خودکشی ۶۳٪ و شیوع لحظه ای افکار خودکشی ۸۳٪ بیشتر از زنان بوده است.

با استفاده از مدل رگرسیون لجستیک بین وضعیت تأهل و شیوع یک ساله افکار خودکشی

شیوع مادام العمر افکار خودکشی در دانشجویان ۲۹/۷٪، شیوع یک ساله ۱۵٪ و شیوع لحظه ای ۶/۲٪ می باشد. بین جنس و شیوع مادام العمر افکار خودکشی ($P=0/002$) و شیوع یکساله افکار خودکشی ($P=0/002$) و شیوع لحظه ای افکار خودکشی ($P=0/005$) رابطه معنی دار آماری وجود داشت. به طوری که شیوع افکار خودکشی به طور معنی دار در مردان بیش از زنان بود.

رابطه معنی دار آماری مشاهده شد. افراد مجرد در سال گذشته ۴۱٪ کمتر از افراد متأهل دارای افکار خودکشی بوده اند.

رابطه بین میزان اعتقادات مذهبی و شیوع مادام العمر ($P < 0/001$)، شیوع یک ساله ($P < 0/001$) و شیوع لحظه ای افکار خودکشی ($P < 0/001$) نیز معنی دار می باشد. در مدل رگرسیون لجستیک نیز بین میزان اعتقادات مذهبی و شیوع مادام العمر و شیوع یک ساله افکار خودکشی رابطه معنی دار آماری وجود دارد. به طوری که در افراد دارای اعتقادات مذهبی متوسط شیوع افکار خودکشی مادام العمر ۷۱٪ و شیوع افکار خودکشی یکساله ۲/۱۸ برابر بیشتر از افراد دارای اعتقادات مذهبی بالا می باشد، همچنین در مدل رگرسیون لجستیک افراد دارای اعتقادات مذهبی ضعیف شیوع افکار خودکشی مادام العمر ۳/۱۷ برابر و شیوع افکار خودکشی یکساله ۳/۸۹ برابر بیشتر از افراد دارای اعتقادات مذهبی بالا می باشد.

همچنین بین مرگ مادر و شیوع مادام العمر افکار خودکشی نیز رابطه معنی دار مشاهده شده است ($P = 0/03$) که در مدل رگرسیون لجستیک پس از کنترل متغیرهای مخدوش کننده این ارتباط دیده نشد. میانگین نمره فردگرایی در افرادی که در زمان تکمیل پرسشنامه دارای افکار خودکشی بودند ۱۷/۴۱ و در افرادی که فاقد این افکار هستند ۱۸/۴۷ می باشد ($P = 0/010$) که این مطلب نشان دهنده ی این موضوع است که افراد با جنبه فردگرایی قوی تر، افکار خودکشی کمتری دارند. همچنین میانگین نمره جمع گرایی در افرادی که در زمان تکمیل پرسشنامه دارای افکار خودکشی بودند ۱۸/۰۶ و در افرادی که فاقد این افکار هستند ۱۹/۸۱ می باشد ($P = 0/009$) که بیانگر این موضوع است که افراد با ویژگی جمع گرایی قوی تر، افکار خودکشی کمتری دارند. هر چند در مدل رگرسیون لجستیک بین مقیاس جمع گرایی و فردگرایی و دارا

بودن افکار خودکشی این ارتباط به سطح معنی دار آماری نرسید (جدول شماره ۲).

برای سنجش سلامت عمومی دانشجویان از پرسشنامه GHQ12 استفاده گردید. از میان کل دانشجویان ۶۵/۶٪ دانشجویان سالم و ۳۴/۴٪ دانشجویان مشکوک به درجاتی از اختلال در سلامت روان بودند. رابطه بین سلامت عمومی و شیوع مادام العمر، شیوع یک ساله و شیوع لحظه ای افکار خودکشی معنی دار بود ($P < 0/001$) و در دانشجویانی که از سلامت عمومی بالاتری برخوردار هستند شیوع افکار خودکشی کمتر است. در مدل رگرسیون لجستیک نیز بین سلامت عمومی و شیوع مادام العمر و شیوع لحظه ای افکار خودکشی رابطه معنی دار دیده شد و افرادی که از سلامت عمومی مطلوبی برخوردار هستند شیوع مادام العمر افکار خودکشی ۴۱٪ و شیوع لحظه ای افکار خودکشی ۵۴٪ کمتر از سایرین می باشد.

برای سنجش کیفیت زندگی دانشجویان از پرسشنامه SF-36 استفاده شده است. پرسشنامه مذکور با سنجش دو بعد سلامت جسمانی و روانی به ارزیابی کیفیت زندگی می پردازد. بین کیفیت زندگی دانشجویان با شیوع مادام العمر، یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی رابطه معنی دار از لحاظ آماری مشاهده شد ($P < 0/001$)؛ همچنین بین بعد سلامت جسمانی و بعد سلامت روانی کیفیت زندگی با شیوع مادام العمر، یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی رابطه معنی دار وجود داشت ($P < 0/001$). در حالی که در مدل رگرسیون لجستیک رابطه بین کیفیت زندگی و شیوع افکار خودکشی به سطح معنی داری آماری نرسید، اما رابطه بین بعد سلامت روان کیفیت زندگی و شیوع مادام العمر، شیوع یک ساله و شیوع لحظه ای افکار خودکشی معنی دار بود و با افزایش یک واحد به نمره سلامت روان، ۳٪ کاهش در شیوع مادام العمر، ۵٪ کاهش در شیوع یک ساله و ۶٪ کاهش در شیوع لحظه ای افکار خودکشی رخ می دهد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲: شیوع افکار خودکشی در دانشجویان بر حسب برخی ویژگی های دموگرافیک

متغیر	تعداد (%)	شیوع مادام العمر		شیوع یکساله		شیوع لحظه ای	
		تعداد (%)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	تعداد (%)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)	تعداد (%)	نسبت شانس (فاصله اطمینان ۹۵٪)
سن	≥۲۵	۱۹۸ (۲۰/۱)	۶۰ (۳۰/۳)	۲۸ (۱۴/۱)	۱/۰۰	۱۲ (۶/۱)	۱/۰۰
(سال)	<۲۵	۷۸۶ (۷۹/۹)	۲۳۰ (۲۹/۳)	۱۲۰ (۱۵/۳)	۰/۹۶ (۰/۶۶-۱/۳۹)	۴۸ (۶/۱)	۱/۱۷ (۰/۵۷-۲/۴۰)
جنس	زن	۶۰۲ (۶۰/۳)	۱۶۳ (۲۷/۱)	۷۳ (۱۲/۱)	۱/۰۰	۲۷ (۴/۵)	۱/۰۰
	مرد	۳۹۷ (۳۹/۷)	۱۳۴ (۳۳/۸)	۷۷ (۱۹/۴)	۱/۲۰ (۰/۸۹-۱/۶۲)	۳۵ (۸/۸)	۱/۸۳ (۱/۰۲-۳/۲۶)*
وضع	متاهل	۱۵۹ (۱۵/۹)	۴۳ (۲۷)	۲۹ (۱۸/۲)	۱/۰۰	۱۳ (۸/۲)	۱/۰۰
تأهل	مجرد	۸۴۰ (۸۴/۱)	۲۵۴ (۳۰/۲)	۱۲۱ (۱۴/۴)	۱/۰۸ (۰/۷۰-۱/۶۵)	۴۹ (۵/۸)	۰/۴۹ (۰/۲۴-۱/۰۲)
محل	با خانواده	۴۹۷ (۴۹/۸)	۱۴۰ (۲۸/۲)	۷۳ (۱۴/۷)	۱/۰۰	۲۸ (۵/۶)	۱/۰۰
سکونت	خوابگاه	۴۷۵ (۴۷/۶)	۱۱۴ (۳۰/۳)	۷۰ (۱۴/۷)	۰/۹۷ (۰/۷۲-۱/۳۰)	۲۸ (۵/۹)	۰/۸۳ (۰/۴۶-۱/۴۷)
	خانه مجردی	۲۵ (۲/۵)	۱۳ (۵۲)	۷ (۲۸)	۱/۸۸ (۰/۷۹-۴/۴۵)	۶ (۲۴)	۳/۳۳ (۱/۱۳-۹/۸۰)*
مادر	در قید حیات	۹۸۶ (۹۸/۶)	۲۸۹ (۲۹/۳)	۱۴۷ (۱۴/۹)	۱/۰۰	۶۱ (۶/۲)	۱/۰۰
	فوت کرده	۱۴ (۱/۴)	۸ (۵۷/۱)	۳ (۲۱/۴)	۳/۵۸ (۰/۴۹-۲۵/۹)	۱ (۷/۱)	۰/۹۵ (۰/۰۶-۱۴/۵)
پدر	در قید حیات	۹۳۱ (۹۳/۱)	۲۷۴ (۲۹/۴)	۱۳۵ (۱۴/۵)	۱/۰۰	۵۷ (۶/۱)	۱/۰۰
	فوت کرده	۶۹ (۶/۹)	۲۳ (۳۳/۳)	۱۵ (۲۱/۷)	۰/۹۹ (۰/۱۳-۷/۱۳)	۵ (۷/۲)	۰/۹۴ (۰/۰۵-۱۵/۳۸)
وضعیت	زندگی باهم	۹۰۶ (۹۰/۸)	۲۶۵ (۲۹/۲)	۱۳۱ (۱۴/۵)	۱/۰۰	۵۶ (۶/۲)	۱/۰۰
ازدواج	طلاق	۱۰ (۱)	۲ (۲۰)	۲ (۲۰)	۰/۵۳ (۰/۰۱-۲/۶۲)	۰ (۰)	۰/۰۰ (۰/۰۰-۰)
والدین	سایر	۸۲ (۸/۲)	۲۹ (۳۵/۴)	۱۷ (۲۰/۷)	۱/۰۷ (۰/۱۵-۷/۶۸)	۵ (۶/۱)	۰/۸۶ (۰/۰۵-۱۳/۳۷)
اعتقادات	خوب	۴۷۵ (۴۷/۶)	۱۰۵ (۲۲/۱)	۴۳ (۹/۱)	۱/۰۰	۲۲ (۴/۶)	۱/۰۰
مذهبی	متوسط	۴۳۷ (۴۳/۸)	۱۴۸ (۳۳/۹)	۸۰ (۱۸/۳)	۱/۷۱ (۱/۲۷-۲/۳۲)**	۲۹ (۶/۶)	۱/۳۰ (۰/۷۲-۲/۳۶)
	ضعیف	۸۵ (۸/۵)	۴۳ (۵۰/۶)	۲۷ (۳۱/۸)	۳/۱۷ (۱/۹۲-۵/۲۳)**	۱۱ (۱۲/۹)	۲/۲۶ (۰/۹۹-۵/۱۷)

* $P < 0.05$; ** $P < 0.001$

جدول ۳: ارتباط کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن با شیوع افکار خودکشی

متغیر	افکار خودکشی مادام العمر		افکار خودکشی یک ساله		افکار خودکشی لحظه ای	
	دارد	ندارد	تفاوت (فاصله اطمینان ۹۵٪)	دارد	ندارد	تفاوت (فاصله اطمینان ۹۵٪)
عملکرد جسمی	۸۱/۳۳	۸۶/۹۷	۵/۶۴ (۲/۵۳-۸/۷۴)	۸۰/۰۰	۸۶/۲۳	۶/۲۳ (۲/۰۰-۱۰/۴۶)
محدودیت جسمی	۵۵/۲۳	۷۲/۶۰	۱۷/۳۶ (۱۲/۰۰-۲۲/۷۱)**	۴۹/۰۰	۷۰/۷۰	۲۱/۷۰ (۱۴/۶۶-۲۸/۷۴)**
درد جسمی	۷۱/۶۶	۷۹/۶۳	۷/۹۷ (۵/۱۱-۱۰/۸۲)**	۶۸/۶۰	۷۸/۸۰	۱۰/۲۰ (۶/۳۴-۱۴/۰۵)**
سلامت عمومی	۶۱/۴۵	۶۹/۱۱	۷/۶۵ (۵/۱۹-۱۰/۱۲)**	۵۸/۹۳	۶۸/۲۳	۹/۳۰ (۶/۰۴-۱۲/۵۵)**
عملکرد اجتماعی	۶۴/۴۸	۷۴/۳۷	۹/۸۸ (۷/۰۱-۱۲/۷۶)**	۵۹/۴۱	۷۳/۵۶	۱۴/۱۴ (۱۰/۰۷-۱۸/۲۱)**
محدودیت روحی	۴۰/۲۰	۶۱/۶۵	۲۱/۴۴ (۱۵/۷۶-۲۷/۱۳)**	۳۳/۷۷	۵۹/۰۸	۲۵/۳۰ (۱۸/۱۵-۳۲/۴۵)**
سلامت روان	۵۹/۵۲	۶۹/۵۸	۱۰/۰۶ (۷/۵۶-۱۲/۵۵)**	۵۶/۷۷	۶۸/۳۳	۱۱/۵۶ (۸/۰۲-۱۵/۱۰)**
نشاط	۵۳/۸۶	۵۸/۷۴	۴/۸۷ (۳/۱۹-۶/۵۵)**	۵۱/۷۳	۵۸/۲۸	۶/۵۴ (۴/۲۳-۸/۸۶)**
نمره کل کیفیت زندگی	۶۴/۱۱	۷۳/۵۰	۹/۳۸ (۷/۲۴-۱۱/۵۳)**	۶۱/۰۳	۷۲/۴۲	۱۱/۳۸ (۸/۸۱-۱۳/۹۵)**

* $P < 0.05$; ** $P < 0.001$

رابطه بین نگرش نسبت به خودکشی و شیوع مادام العمر، یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی معنی دار بود ($P < 0/001$) که بیانگر این است که افراد دارای افکار خودکشی، دارای نگرش مثبت تری نسبت به خودکشی می باشند. در مدل رگرسیون لجستیک رابطه بین نگرش نسبت به پدیده خودکشی و شیوع مادام العمر، شیوع یکساله و شیوع لحظه ای افکار خودکشی معنی دار باقی ماند و با افزایش یک امتیاز به نمره گرایش نسبت به خودکشی (در جهت گرایش مثبت) شیوع مادام العمر افکار خودکشی ۳٪، شیوع یکساله ۴٪ و شیوع لحظه ای ۵٪ افزایش می یابد.

بین نگرش نسبت به اقدام به خودکشی و شیوع لحظه ای افکار خودکشی نیز رابطه معنی دار وجود دارد ($P < 0/001$) که نشان دهنده ی این موضوع است که افراد دارای افکار خودکشی، نگاه مثبت تری نسبت به اقدام به خودکشی دارند که در مدل رگرسیون لجستیک شاهد این ارتباط نبودیم. و در نهایت بین توجیه پذیری اقدام به خودکشی و شیوع مادام العمر، یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی رابطه معنی دار آماری مشاهده شده ($P < 0/001$) که نشان دهنده ی آن است که افراد دارای افکار خودکشی، اقدام به خودکشی را توجیه پذیرتر از افرادی می دانند که فاقد افکار خودکشی هستند. که در مدل رگرسیون لجستیک این رابطه در خصوص شیوع مادام العمر و شیوع لحظه ای افکار خودکشی صادق بوده و با افزایش یک امتیاز به نمره توجیه پذیری افکار خودکشی، شیوع مادام العمر افکار خودکشی ۱٪ و شیوع لحظه ای افکار خودکشی ۳٪ افزایش می یابد.

بحث:

هدف از انجام این مطالعه بررسی شیوع افکار خودکشی و تعیین عوامل مؤثر بر آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ می باشد. هر چند طی مطالعات قبلی موسوی و همکاران در دو بررسی جداگانه در سال های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۹ به بررسی شیوع افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه های

اصفهان پرداخته اند (۲۲،۱۳)؛ اما این مطالعه از برخی جهات حائز اهمیت می باشد. اول اینکه حجم نمونه در این مطالعه ۱۰۰۰ نفر می باشد که به روش تصادفی طبقه بندی شده چند مرحله ای متناسب با حجم انتخاب شده اند در حالی که در مطالعات قبلی حجم نمونه در مطالعه سال ۸۶ آقای موسوی، ۳۰۰ نفر به روش تصادفی و در مطالعه سال ۸۹ ایشان، ۴۷۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس می باشند. دوم اینکه در این مطالعه از دو پرسشنامه مجزا برای جمع آوری اطلاعات استفاده می گردد. یکی پرسشنامه Inter-cultural که بر اساس بخش های مختلف آن علاوه بر سنجش شیوع افکار خودکشی، شیوع اقدام به خودکشی، سنجش سلامت روان، بررسی نگرش افراد نسبت به خودکشی و همچنین متغیرهای دموگرافیک و میزان اعتقادات مذهبی سنجیده می شود. و دیگری پرسشنامه SF-36 می باشد که به سنجش سطح کیفیت زندگی افراد می پردازد.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد از میان دانشجویان مورد بررسی در کل رشته های تحصیلی وابسته در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ۲۹/۷٪ در طول عمر خود، ۱۵٪ در سال گذشته و ۶/۲٪ در زمان تکمیل پرسشنامه دارای افکار خودکشی بوده اند. چندین مطالعه دیگر نیز شیوع افکار خودکشی را در دانشجویان داخل کشور بررسی کرده اند، از جمله موسوی و همکاران که در مطالعه خود شیوع افکار خودکشی در دانشجویان دانشگاه های اصفهان را ۱۰/۳۳٪ و در مطالعه دیگر ۷/۵٪ برآورد نموده اند (۲۲،۱۳).

در مطالعه طلایی و همکاران ۷/۲٪ دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد افکار خودکشی کم خطر و ۲/۴٪ آنان افکار خودکشی پر خطر داشتند (۲۳). در پژوهش میرزایی و شمس عزیزاده ۳۲/۷٪ دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کردستان و در پژوهش محمدی نیا و همکاران ۲۶/۴٪ دانشجویان پرستاری، مامایی و مرکز فوریت های پزشکی ایرانشهر افکار خودکشی داشتند (۲۵،۲۴).

همچنین آمارهای ارائه شده در مطالعات خارج از کشور در خصوص شیوع افکار خودکشی دانشجویان متفاوت است، به طوری که در دانشجویان استرالیایی در سال ۱۹۹۵، ۶۲٪، در دانشجویان کلمبیا در سال ۲۰۰۲، ۴/۴٪، در دانشجویان دانشگاه آتلانتیک آمریکا در سال ۲۰۰۹، ۶٪، در دانشجویان (پزشکی، پرستاری و بهداشت) دانشگاه ایاموری در سال ۲۰۰۸، ۱۱/۱٪، در دانشجویان کره ای در سال ۲۰۰۸، ۹/۸٪، در دانشجویان اسپانیا در سال ۲۰۰۳، ۳/۶٪ و در دانشجویان لهستانی ۱۴ تا ۲۱ ساله در سال ۲۰۰۳، ۳۰٪ بوده است (۲۶-۳۲).

همانطور که اشاره گردید آمارها در خصوص شیوع افکار خودکشی متفاوت بوده و بین مطالعات مختلف داخل و خارج از کشور و مطالعه فعلی همخوانی وجود ندارد که احتمالاً علت این موضوع را می توان به گوناگونی ابزارهای مورد استفاده جهت جمع آوری اطلاعات، تفاوت های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و مدیریتی در سطح دانشگاه ها، متفاوت بودن روش نمونه گیری و خصوصیات جامعه مورد مطالعه و گذشت زمان نسبت داد.

در این مطالعه همچنین رابطه بین سن و شیوع یک ساله افکار خودکشی معنی دار نبود. همچنین در مطالعه محمدی نیا و همکاران و مطالعه Hamilton و Schweitzer نیز بین افکار خودکشی با سن رابطه معنی داری دیده نشد (۲۵، ۳۳).

در این مطالعه بین میزان اعتقادات مذهبی و شیوع مادام العمر و شیوع یک ساله افکار خودکشی رابطه معنی دار آماری وجود دارد و با افزایش میزان اعتقادات مذهبی شاهد کاهش در شیوع مادام العمر و یک ساله افکار خودکشی هستیم. این یافته ها با نتایج سایر مطالعات که نشان می دهند میزان شیوع رفتارهای خودکشی گرایانه در افراد برخوردار از اعتقادات مذهبی قوی پایین تر از افراد برخوردار از اعتقادات دینی ضعیف است، همخوانی دارد (۲۴-۳۹، ۳۴).

در مطالعه حاضر بین جنس و شیوع افکار خودکشی در سال گذشته رابطه معنی داری وجود دارد و دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر دارای افکار خودکشی در سال گذشته بودند. این نتایج با یافته های مطالعه موسوی و همکاران و محمدی و همکاران که فراوانی نسبی افکار خودکشی در دانشجویان پسر به طور معنی داری بیشتر از دانشجویان دختر بود همخوانی دارد (۱۳، ۴۰).

در مطالعه محمدی نیا و همکاران این رابطه به صورت عکس دیده می شود و افکار خودکشی در دختران بیشتر از پسران بود. در حالی که در برخی مطالعات مانند مطالعه طلایی و همکاران و میرزایی و شمس علیزاده رابطه معنی داری بین جنس و افکار خودکشی مشاهده نشد (۲۵-۲۳).

در مطالعه انجام شده در کلمبیا شیوع تفکرات خودکشی در زنان بیشتر بوده است؛ هر چند در بعضی مطالعات جنسیت در بروز تفکرات خودکشی تأثیر معنی داری نداشته است (۲۶، ۲۷، ۳۳، ۴۱). برای توجیه نتایج مطالعه حاضر می توان گفت که دانشجویان پسر با توجه به نقش مردانه که مستلزم تأمین معیشت خویشان و یا حتی خانواده هستند، به لحاظ روانی تحت فشار زیادی قرار دارند که می تواند به عنوان یکی از عوامل افزایش افکار خودکشی مطرح باشد. در هر حال، تفاوت های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی در جوامع مختلف نیز در این زمینه اثرگذار است؛ هر چند اکثر مطالعات افکار خودکشی در پسران را بیشتر تأیید کرده اند (۱۳، ۲۴).

در این مطالعه بین وضعیت زندگی والدین و دارا بودن افکار خودکشی رابطه معنی داری مشاهده نگردید؛ در حالی که در مطالعه محمدی و همکاران نتایج نشان داد متارکه والدین به صورت مثبت افکار مربوط به خودکشی را پیش بینی می کند. در مطالعات مختلف نشان داده شده که روابط خانوادگی باثبات و سالم از عوامل محافظ مهم در کاهش ایده پردازی خودکشی است (۴۰، ۴۲، ۴۳). شاید علت این تناقض

امتیاز به نمره توجیه پذیری افکار خودکشی، شیوع افکار خودکشی افزایش می یابد.

در خصوص ارتباط بین گرایش نسبت به پدیده خودکشی و توجیه پذیری افکار خودکشی با داشتن افکار خودکشی فوق مطالعه ای یافت نگردید، اما به نظر می رسد یافته ها در خصوص این ارتباطات منطقی به نظر برسد و نیازمند مطالعات بیشتری باشد.

نتیجه گیری:

با عنایت به یافته های این تحقیق، شیوع افکار خودکشی در دانشجویان درصد قابل توجهی را به خود اختصاص داده است و مهمترین عوامل پیش بینی کننده افکار خودکشی در این مطالعه جنس، وضعیت تأهل، میزان اعتقادات مذهبی و سلامت عمومی می باشد. باتوجه به این که فکر خودکشی می تواند زمینه ساز اقدام به خودکشی باشد، بنابراین می توان با ارائه خدمات بهینه بهداشت روانی و غربالگری منظم و دوره ای دانشجویان از نظر افکار خودکشی و اختلالات روانی گام های مؤثری را در راستای پیشگیری از این معضل اجتماعی در بین دانشجویان برداشت.

تشکر و قدردانی:

این مطالعه در قالب پایان نامه دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا گردیده است. در این راستا از زحمات کلیه اعضای محترم هیات علمی، کارشناسان و پرسنل شریف گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی دانشکده بهداشت که در انجام این مطالعه کمال همکاری را ابراز نموده اند، تشکر و قدردانی می گردد.

مربوط به تعداد کم موارد طلاق در بین والدین دانشجویان مورد بررسی می باشد که مانع از کسب نتایج معنی دار آماری گردیده است.

در این مطالعه بین وضعیت تأهل و شیوع یک ساله و لحظه ای افکار خودکشی رابطه معنی دار آماری مشاهده شد، به گونه ای که افراد مجرد کمتر از افراد متأهل دارای افکار خودکشی بودند. این یافته ها با نتایج مطالعه صیاد رضائی و مطالعه انجام شده بر الگوی پنج ساله ۱۳۸۴-۱۳۷۹ خودکشی در تهران همخوانی دارد (۴۵،۴۴). عکس این رابطه در مطالعه محمدی نیا و همکاران دیده شد و وجود افکار خودکشی در دانشجویان مجرد بیشتر از متأهل بود که شاید بتوان علت این تفاوت ها را متأثر از شرایط فرهنگی، محیطی، اقتصادی، اجتماعی و ... دانست (۲۵). در این مطالعه بین شاخص سلامت عمومی منتج از ابزار GHQ12 و داشتن افکار خودکشی رابطه معنی دار دیده شد و افرادی که از سلامت عمومی مطلوب تری برخوردار بودند درصد افکار خودکشی کمتری نسبت به سایرین داشتند. همانطور که انتظار می رفت نتایج به دست آمده از سایر مطالعات نیز تأیید کننده این یافته ها است و نشان می دهد در افراد دارای اختلالات روان، افکار خودکشی به طور معنی داری بیشتر از افراد سالم است (۴۶-۵۱).

در این مطالعه بین گرایش نسبت به پدیده خودکشی و دارا بودن افکار خودکشی رابطه معنی دار وجود دارد و با افزایش یک امتیاز به نمره گرایش نسبت به خودکشی (در جهت گرایش مثبت) شیوع مادام العمر افکار خودکشی افزایش می یابد. همچنین بین توجیه پذیری افکار خودکشی و دارا بودن افکار خودکشی رابطه معنی دار وجود دارد و با افزایش یک

منابع:

1. Aliverdinia A, Rezaei A, Peyro F. A sociological analysis of university students' attitudes toward suicide. J Appl Sociol. 2012; 44(4): 1-18.
2. Panaghi L, Gholamrezaei M. Assessment and management of suicide. Tehran: Nardis; 2011. Available from: <http://counseling.ut.ac.ir>.

3. Anderson RN. Deaths: Leading causes for 2000. National Vital Statistics Reports. 50(16): 81-5.
4. WHO. World Health report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
5. Moradi A, Zardkhaneh SA, Cheraghi F, Foladvand K. An investigation on the role of family and social factors on suicide of university students. J Family Res. 2009; 4(5): 487-502.
6. Khajeh Moghehi N, Behroziyan F, Ganavati F. Investigate the relationship between hopelessness and suicide in patients with mood disorders. Sci Med J. 2010; 8(4): 407-13.
7. Zarani F, Vaghar M. Epidemiology of suicide in university students. Second Seminar of University Students' Mental Health. University of Tarbiat Modares; 2003.
8. Yasamy M, Sabahi A, Mirhashemi M, Seifi S, Azar Keyvan P, Taheri M. Epidemiological survey of suicide through the Forensic Medical Center in the province of Kerman. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2002; 7(4): 4-12.
9. Potter L, Silverman M, Connorton E, Posner M. Promoting mental health and preventing suicide in college and university settings. Suicide Prevention Resource Center, Newton, MA: Education Development Center, Inc; 2004.
10. Hatami P. Studying the effectual factors in social health of students emphasizing of social networks [thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University Faculty of Social Sciences; 2010.
11. Lester D. Suicide as a learned behavior. Washington, DC: Springfield, IL, Charles C Thomas Pub; 1988.
12. Pirkis J, Burgess P, Dunt D. Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults. Crisis. 2000; 21(1): 16-25.
13. Mousavi Gh, Malekian A, Keykhaei N, Keykhaei F, Mahmoudi M. Relative frequency of suicidal ideation in students of Isfahan universities in 2005. Hakim Res J. 2008; 11(3): 55-9.
14. Shakiba A, Bahrami F, Farsani ZK. The study of the factorial structure and psychometric properties of the Auckland individualism-collectivism scale. Knowledge Res Appl Psychol. 2011; 12(3): 20-30.
15. Yaghubi H, Karimi M, Omid A, Barooti E, Abedi M. Validity and factor structure of the general health questionnaire (ghq-12) in university students. J Behav Sci. 2012; 6(2): 153-60.
16. Eskin M. The role of childhood sexual abuse, childhood gender nonconformity, self-esteem and parental attachment in predicting suicide ideation and attempts in Turkish young adults. Suicide Online. 2012; 3: 114-23.
17. Eskin M, Ertekin K, Dereboy C, Demirkiran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. Crisis. 2007; 28(3): 131-9.
18. Eskin M, Akoglu A, Uygur B. Traumatic life events and problem solving skills in psychiatric outpatients: Their relationships with suicidal behavior. Turkish J Psychiat. 2006; 17: 266-75.
19. Eskin M, Voracek M, Stieger S, Altinyazar V. A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2011; 46(9): 813-23.
20. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. Qual Life Res. 2005; 14(3): 875-82.
21. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. CMAJ. 2000; 163(3): 265-71.
22. Mousavi SG, Keramatian K, Maracy MR, Fouladi M. Suicidal ideation, depression, and aggression among students of three universities of Isfahan, Iran in 2008. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2012; 6(1): 47-53.

23. Talaei A, Hojjat SK, Fayyazi Bordbar MR, Saadati Nasab Z. Psychological problems and suicidal ideation in medical students of Mashhad University of Medical Sciences. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2006; 49(92): 191-8.
24. Mirzaie SN, Shams Alizadeh N. Prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors in the medical students in Kurdistan University of Medical Sciences. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2013; 18(1): 18-26.
25. Mohammadinia N, Rezaei M, Sameizadeh Toosi T, Darban F. Assessing suicidal ideation frequency in medical students. *Quart J Nurs Vis*. 2012; 1(1): 83-91.
26. Schweitzer R, Klayich M, McLean J. Suicidal ideation and behaviours among university students in Australia. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995; 29(3): 473-9.
27. Sanchez R, Caceres H, Gomez D. Suicidal ideation among university adolescents: prevalence and associated factors. *Biomedica*. 2002; 22(Suppl 2): 407-16.
28. Schwartz AJ. College student suicide in the United States: 1990-1991 through 2003-2004. *J Am Coll Health*. 2006; 54(6): 341-52.
29. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore JD, Haas AP, Koestner B, Hendin H, et al. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*. 2008; 25(6): 482-8.
30. Lee HS, Kim S, Choi I, Lee KU. Prevalence and risk factors associated with suicide ideation and attempts in Korean college students. *Psychiatry Investig*. 2008; 5(2): 86-93.
31. Calvo JM, Sanchez R, Tejada PA. Prevalence and factors associated with suicidal thinking among university students. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2003; 5(2): 123-43.
32. Gmitrowicz A, Szymczak W, Kotlicka-Antczak M, Rabe-Jablonska J. Suicidal ideation and suicide attempt in Polish adolescents: is it a suicidal process? *Int J Adolesc Med Health*. 2003; 15(2): 113-24.
33. Hamilton TK, Schweitzer RD. The cost of being perfect: perfectionism and suicide ideation in university students. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34(5): 829-35.
34. Yaqobi M. A relationship suicide with prayer in patients' hospital. *J Quart Quran Med*. 2011; 1: 25-31.
35. Del Azar M, Farhi H. Suicide ideation and practice to religiosity actions among depressive patients. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008; 9(3): 224-34.
36. Walker RL, Bishop S. Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35(6): 630-9.
37. Zuraida N, Ahmad H. Religiosity and suicide ideation in clinically depressed patients. *Malays J Pathol*. 2007; 16(1): 12-5 .
38. Mowat H, Swinton J, Stark C, Mowat D. Religion and Suicide: exploring the role of the church in deaths by suicide in Highland, Scotland. *Health Social Care Chaplaincy*. 2013; 9(1): 3-7.
39. Molock SD, Puri R, Matlin S, Barksdale C. Relationship between religious coping and suicidal behaviors among African American adolescents. *J Black Psychol*. 2006; 32(3): 366-89.
40. Mohammadi S, Sh I, AR FM, Panaghi L, Ghadiri F. The effects of identity styles on suicidal thoughts among university students. *J Behav Sci*. 2011; 5(1): 61-7.
41. Van der Heijden F, Dillingh G, Bakker A, Prins J. Suicidal thoughts among medical residents with burnout. *Arch Suicide Res*. 2008; 12(4): 344-6.
42. Kerr DC, Preuss LJ, King CA. Suicidal adolescents' social support from family and peers: gender-specific associations with psychopathology. *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34(1): 103-14.
43. Li Y, Li Y, Cao J. Factors associated with suicidal behaviors in mainland China: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2012; 12: 524.

44. Saiadrezaei I, Farzaneh I, Aazami A, Entesharimoghadam A. Epidemiology of suicide in Ardabil province in 2001-2006. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2007; 9(4): 299-306.
45. Rezaeian M, Mohammadi M, Akbari M, Maleki M. Five years suicidal pattern in Tehran Behesht-e-Zahra (2000-2004). *J Res Behav Sci*. 2005; 6: 5-11.
46. Edalati Shateri Z, Ashkani N, Modares Gharavi M. Investigation of the association between worry, problem solving styles, and suicidal thoughts (without depression) in non-clinical population. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2009; 14(1): 92-100.
47. Hoseinai A, Moradi A, Pazhoomand A. Study on psychological risk factors of attempt suicide in Iranian university students. *Psychol Stud*. 2006; 2(2): 33-49.
48. Fadaei Z, Hoshyari Z, Eezanlo B. The locus of control, depressive symptoms and suicidal thoughts on academic achievement: moderating role of gender produced. *J Ment Health*. 2010; 13(2): 148-59.
49. Simon NM, Pollack MH, Ostacher MJ, Zalta AK, Chow CW, Fischmann D, et al. Understanding the link between anxiety symptoms and suicidal ideation and behaviors in outpatients with bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2007; 97(1-3): 91-9.
50. Segal DL, Marty MA, Meyer WJ, Coolidge FL. Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012; 67(2): 159-66.
51. Hirvikoski T, Jokinen J. Personality traits in attempted and completed suicide. *Eur Psychiatry*. 2012; 27(7): 536-41.

The prevalence of suicide ideation and factors associated among students of Isfahan University of Medical Sciences, 2013-2014

Janghorbani M¹, Bakhshi S^{2*}

¹Epidemiology Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran; ²Student, Epidemiology Dept., Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, I.R. Iran.

Received: 15/Feb/2015 Accepted: 23/Aug/2015

Background and aims: Suicide in students is one of the most unfortunate events. Suicidal thoughts as self-reported thoughts are identified from a range of a vague willing for men to a total Map of suicide. One of the main methods of suicide prevention is to identify people who have thoughts of suicide. One of the most important ways to prevent suicide is to identify individuals who have suicidal thoughts. The aim of this study was to investigate the prevalence rate of suicidal thoughts and its related factors among the students of Isfahan University of Medical Sciences, 2014-2015.

Methods: In this cross-sectional study, 1000 students from Isfahan University of Medical Sciences were selected stratified randomly. The prevalence of suicidal thoughts and its related factors among the students were determined using Inter-cultural and SF36 questionnaires. Data were analyzed using K₂ and independent t-test and logistic regression.

Results: The lifetime, annual, and point prevalence of suicidal ideation among college students was 29.7%, 15% and 6.2%, respectively. A significant relationship was observed between age, gender, marital status, residential area, level of religious obligations, public health, attitudes toward suicide, justification of suicidal thoughts, and having suicidal thoughts (P<0.05). Suicidal thoughts among men and single students were more than these thoughts in women and marital students.

Conclusion: This study indicated a high prevalence rate of suicidal thoughts among the university students. Regarding to suicide thoughts can produce a background for suicide procedures, so, it could prevent by representing optimal services of mental health and regular periodical screening about these thoughts and mental disorders to reduce this social problem among students.

Keywords: Suicide ideation, Behavior, Attitude, Student, Prevalence.

Cite this article as: Janghorbani M, Bakhshi S. The prevalence of suicide ideation and factors associated among students of Isfahan University of Medical Sciences, 2013-2014. J Shahrekord Univ Med Sci. 2015; 17(5): 1-12.

***Corresponding author:**

Epidemiology Dept., Esfahan University of Medical Sciences, Esfahan, I.R. Iran, Tel: 00983833351040,
E-mail: se_bakhshi@yahoo.com